FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

501

N°.....

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Szymon BOJM

Interne de l'Hôpital de Lagny (Seine-et-Marne)

Né le 4 Avril 1901 à Rozyszeze, Volhynie (Pologne)

Contribution à l'Etude de la Diététique Moderne

Président de Thèse : M. le Professeur CH. ACHARD.

LES PRESSES MODERNES
45, RUE DE MAUBEUGE
PARIS

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1930

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Szymon BOJM

Interne de l'Hôpital de Lagny (Seine-et-Marne)

Né le 4 Avril 1901 à Rozyszeze, Volhynie (Pologne)

Contribution à l'Etude de la Diététique Moderne

Président de Thèse : M. le Professeur CH. ACHARD.

LES PRESSES MODERNES
45, RUE DE MAUBEUGE
PARIS

1930

I. — PROFESSEURS

Le Doyen ..... M. BALTHAZARD.

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	N...
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. CUNÉO. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE,

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	BINET.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN,
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
CHIRAY		CHEVASSU	
DEBRE		HEITZ-BOYER	
DUVOIR		MATHIEU	
FIESSINGER		MOCQUOT	
LAIGNEL-LAVASTINE		PROUST	
		SCHWARTZ	
		LE LORIER	

MM.

LEVY-SOLAL, METZGER — Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma vive reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

Que chacun d'eux trouve ici une part d'affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie des Sciences
Membre de l'Institut
Commandeur de la Légion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse. Témoignage de notre respectueuse admiration et de notre profonde gratitude.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES DES FACULTÉS
ET DES HOPITAUX DE NANCY ET DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL D'HALLUIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Lagny

Dont l'enseignement nous est si précieux. Hommage de notre profonde gratitude pour l'intérêt et la sollicitude qu'il nous a toujours témoignés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT CHEVALIER

Médecin de l'Hôpital de Lagny

Qui, avec parfaite bienveillance nous prodigue chaque jour ses conseils éclairés. Hommage de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAMILLE LIAN

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Tenon

Nos hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL MONOD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAQUERRIÈRE

Radiologiste de l'Hôpital Hérold

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACOB JACOBSON

Que nous tenons à remercier ici très particulièrement pour tout ce qu'il a fait pour nous.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT LEHMANN

Ancien Assistant de Radiologie à l'Hôpital Hérold
Ex-Moniteur des Travaux Pratiques de Physique Médicale
Lauréat de l'Académie de Médecine

Témoignage de notre vive reconnaissance et de sincère amitié.

AU DOCTEUR JOSEPH DELAHAYE

Témoignage de vive sympathie.

Avant-Propos

L'histoire de la diététique est un exemple éclatant d'une interprétation erronnée de données scientifiques appliquées à la clinique. A la fin du siècle dernier on croyait que le problème de l'alimentation des sujets normaux et des malades était définitivement résolu par le calcul des calories et par les lois de l'isodynamie. La plus grande partie des malades étant considérée comme des intoxiqués, il était évident que moins leur alimentation était chargée, mieux cela valait pour l'évolution de la maladie. Dans le présent travail, nous laisserons complètement de côté tout le problème alimentaire de l'homme normal, problème qui est en train d'être remanié depuis ses bases qu'on croyait inébranlables. Nous savons actuellement que les besoins alimentaires d'un organisme vivant ne peuvent s'exprimer intégralement par le nombre de calories que nécessite l'entretien de cet organisme. Nous savons qu'il existe un certain nombre d'éléments indispensables à l'entretien de la vie, que certains radicaux organiques doivent être fournis aux animaux tout faits, car ceux-ci sont incapables d'en faire la synthèse. Nous savons que l'organisme animal a besoin de certains acides aminés que nul autre ne peut remplacer. Nous avons vu enfin au cours de ces dernières années qu'il existe des facteurs mal connus de l'alimentation des animaux que nous avons dénommés vitamines sans lesquels il n'y a pas d'entretien possible de la vie. Il est

tout à fait probable qu'en dehors des vitamines proprement dites, il y a un grand nombre de substances qui doivent être fournies toutes faites, mais leur carence est impossible à démontrer car toute cellule vivante en contient. Par exemple l'hémoglobine — d'après un certain nombre de biochimistes — ne peut être fabriquée par les animaux. Or, le noyau tétrapyrolique qui en représente la partie essentielle se trouve abondamment dans les végétaux et d'une façon générale dans toute matière vivante aérobie ; l'alimentation organique ne peut donc jamais donner une carence hémoglobinique. Il y a certainement de nombreuses autres substances dans ce cas, puisque nous connaissons les possibilités de synthèse toutes relatives des organismes autotrophes dont font partie les animaux. Ceci montre simplement que les rêves d'alimentation synthétique plus économique et plus simple, que tant de savants du siècle dernier, et non les moindres, nourissaient, ne peuvent pour le moment être réalisés. C'est la question des carences qui a donné le premier coup à la théorie classique de la diététique. Il est une question non moins importante en ce qui concerne l'équilibre des diverses substances qui doivent entrer dans notre alimentation. Nous n'insistons pas ici sur cette question qui domine actuellement la diététique des néphrétiques et sur laquelle nous aurons à revenir. Le principe en est que chaque substance alimentaire que nous ingérons est toxique par elle-même, elle doit être neutralisée par d'autres substances. Déjà classiquement on reconnaissait que les trois substances fondamentales : les hydrates de carbone, les graisses et les protéïques doivent nécessairement figurer dans une certaine proportion dans l'alimentation normale. Dans la diététique des maladies on a trop souvent oublié ce principe pourtant très clair. La valeur spécifique de

chaque élément entrant dans notre alimentation commence à être comprise actuellement pour les éléments minéraux, nous y reviendrons.

Les progrès actuels de la diététique vont plus loin. Chaque organe semble avoir ses exigences propres, il en est ainsi à plus forte raison pour des organes malades et fonctionnellement insuffisants. Ce problème a été jusqu'ici envisagé pour le cœur, mais nous ne doutons pas que le système nerveux, les muscles, les os et le tube digestif seront très prochainement l'objet de semblables études. Aucun médecin n'ignore l'importance de la diététique dans le traitement des maladies quelle que soit leur nature. La diète forme la base de toute thérapeutique; comment cela se fait que la diététique soit traitée en parent pauvre par la plupart des médecins. Cette négligence tient surtout à l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons à ce point de vue là. Après la certitude d'il y a trente ans, nous ne savons plus où en est la diététique. Tout d'abord les bases qualitatives d'ordre scientifique nous manquent pour la plupart des maladies. Autant l'étude quantitative et énergétique de l'alimentation avait des bases scientifiques solidement, — trop solidement — établies, autant les recherches qualitatives semblent être à leurs débuts. On comprend le succès immense des travaux de Widal qui étaient les premiers en date dans cet ordre d'idées. La plus grande partie des conclusions de Widal sont encore valables, mais il est nécessaire d'y appliquer la notion plus récente de l'équilibre des substances alimentaires, de l'équilibre minéral en particulier.

Pour jeter les bases d'une diététique nouvelle qui tienne compte des exigences quantitatives et qualitatives de l'organisme malade nous avons besoin d'une part de notions scien-

tifiques solidement établies, d'autre part d'une interprétation juste et suffisamment réservée de ces notions pour qu'elles puissent être appliquées à la clinique. La diététique doit à ce point de vue là suivre la même voie qu'a suivi la thérapeutique médicamenteuse. La différence entre les deux branches de la thérapeutique décroît de plus en plus et ceci semble être tout à fait normal, car somme toute, il s'agit de donner sous une forme médicamenteuse ou alimentaire le produit dont l'organisme malade semble manquer. Malgré ses bases scientifiques l'application clinique d'un procédé thérapeutique peut réserver des surprises. Nous n'en sommes plus au temps de Molière et nous ne devons déplorer la guérison d'un malade au dépens de la théorie scientifique. Tant pis pour la théorie. La diététique nous montre précisément de ces paradoxes.

Notre but, au cours de notre modeste travail, n'est pas de reviser toute la diététique. Loin de nous cette prétention; nous voudrions simplement en envisager trois chapitres : les maladies infectieuses aiguës, les insuffisances cardiaques et les néphrites. Ayant pu observer l'action bienfaisante d'une diététique moderne dans chacun de ces trois cas, nous pensons bien faire en rapportant ici les observations et en les rapprochant d'autres faits analogues.

I. — L'Alimentation dans les maladies infectieuses aiguës

Nul ne peut contester aujourd'hui que l'arme la plus puissante et en même temps la plus facile à appliquer que nous possédions contre les maladies infectieuses aiguës est la diététique associée à une hygiène bien comprise. Il ne vient à l'idée d'aucun médecin d'alimenter un malade ayant une fièvre à 40° de la même façon qu'un individu normal. Ce principe de la diète plus ou moins absolue au cours des états fébriles est une notion bien acquise, et comme toute notion absolue, beaucoup trop générale. Le principe, tel qu'on le formulait à la fin du siècle dernier est le suivant : Un malade infecté doit être mis à un repos aussi complet que possible, ses émonctoires doivent être libres afin de permettre l'élimination des toxines de son infection. Ceci semble parfaitement logique et tout à fait justifié quand il s'agit d'états infectieux de courte durée, mettons, pour fixer les idées, qui ne dépassent pas une huitaine de jours. Quand le principe de la suralimentation a été appliqué à la diététique de la tuberculose, on ne pouvait plus maintenir celui de la diète sévère. Sauf, de rares exceptions on ne met plus à la diète des tuberculeux pulmonaires, même fébriles. Aussi, n'avons-nous pas l'intention d'insister sur ce cas qui est entré dans le domaine du grand public médical.

Une autre maladie infectieuse à longue durée, la fièvre typhoïde, présente ce problème déjà sous un aspect beaucoup

plus délicat. On admet sans peine que la fièvre typhoïde est une maladie de trop longue durée pour que les malades puissent être soumis pendant plus de trois semaines à une diète sévère, mais d'autre part chacun sait que les lésions principales de cette maladie siègent au niveau de l'intestin rendant celui-ci extrêmement vulnérable. Déjà M. Vaquez préconisait l'association au régime lacté, de bouillon, de jus de viande et d'œufs. Mais même cette conception large de restriction alimentaire semble être insuffisante pour certains auteurs. MM. Garin et Bucaumont déclarent que « la plus grave erreur dans le traitement de la dothienentérie, c'est de laisser les malades s'inanitier ». Ces auteurs rendent responsable le régime trop strict de la plus grande partie des formes ataxo-adynamique qui font toute la gravité de la maladie. Il faut avouer que le problème est extrêmement épineux. Le médecin louvoie entre l'adynamie par inanition et la perforation intestinale par l'alimentation excessive. Nous ne croyons pas néanmoins qu'on doive laisser mourir de faim les malades sous prétexte d'empêcher les complications intestinales. L'observation clinique montre très bien qu'une alimentation assez abondante, donnée sous une forme liquide, ne détermine pas plus d'hémorragies ou de perforations intestinales que la diète stricte. En dehors de son abondance relative, l'alimentation doit être bien équilibrée, comportant les trois sortes de substances organiques fondamentales : hydrate de carbone, graisses, protéïnes, suffisamment de matières minérales consistant aussi bien en sels de sodium qu'en sels de calcium et de magnésium. Il est indispensable de donner des vitamines, notamment de la vitamine B dont l'importance semble de plus en plus grande dans la défense contre les infections.

M. T. Brugsch a montré récemment les dangers d'une

sous-alimentation prolongée. Il montre que la perte de poids est environ de 200 à 300 grammes par jour. On voit qu'au cours d'une dothienentérie d'une durée minima de trois semaines, le malade perd rien que par son régime 5 kilos. Si l'on ajoute la perte de poids par l'élévation du taux des échanges grâce à la pyrexie prolongée on se rend facilement compte de l'amaigrissement de ces malades. Logiquement, puisque le métabolisme de base est très élevé dans tout état fébrile, on devrait alimenter ces malades plus abondamment. Mais nous savons qu'il ne faut jamais pousser les principes à l'extrême; aussi une alimentation subnormale nous semble suffisante pour empêcher l'inanition de ces malades.

Un autre cas problématique dans cet ordre d'idées est celui de la scarlatine. Dans les scarlatines les plus bénignes, le médecin est hanté par la crainte d'une complication rénale. Pour cette raison, il y a encore nombre de médecins qui laissent les scarlatineux à un régime très strict pendant les quarante jours règlementaires d'isolement. Nous nous contentons à ce sujet de reproduire ici une observation de M. J. Chauveau.

« Le jeune D..., 11 ans, nous est montré au début de novembre 1927, pour un impétigo étendu de la face et une angine rouge légère. Un traitement local de l'impétigo est ordonné (cataplasmes à la fécule de pommes de terre, eau d'Alibour diluée); puis nous attirons l'attention de la famille sur l'angine rouge, à cause d'une adénopathie cervicale assez volumineuse, réservant le diagnostic d'angine scarlatineuse. Quelques jours plus tard, le 13 novembre, nous sommes rappelés auprès de l'enfant. L'impétigo n'est pas encore disparu, un œdème rosé des paupières est apparu la veille. L'examen général de l'enfant ne révèle aucun autre œdème (jambes,

scrotum, lombes), l'adénopathie cervicale persiste, les urines sont normales en quantité, mais contiennent des traces d'albumine. Nous conseillons l'examen quotidien des urines, volume et albumine, et l'alimentation suivante : bouillon de légumes, infusions, lait coupé d'eau, fruits doux (poires). Un laxatif chaque matin et un petit lavement chaque soir assureront la régularité intestinale. L'enfant est gardé au lit. Le lendemain, la situation est inchangée, mais l'enfant réclame à manger ; nous ajoutons seulement à l'alimentation précédente un potage moitié eau, moitié lait, à la crème d'orge. Le 18 novembre, la situation change ; la pâleur s'accentue, la bouffissure du visage augmente, quelques vomissements apparaissent, en même temps que le volume des urines tombe brusquement à 100 grammes et que l'albuminurie apparaît massive. Quelques heures plus tard, dans la soirée, éclate une grande crise d'éclampsie qui nécessite une saignée locale lombaire, par ventouses scarifiées, suivies d'enveloppements chauds et d'un grand bain. Le lendemain, 19 novembre, le syndrome de blocage rénal et d'intoxication des centres nerveux s'est estompé, laissant cependant l'enfant très pâle et très fatigué. La diète hydrique (eau pure et eau lactosée) est ordonnée. Mais les événements vont se précipiter. Le 20 novembre, nous trouvons, le soir, notre petit malade, la respiration haletante, le visage bleui ; il est en pleine crise d'œdème aigu du poumon par défaillance cardiaque brutale et en imminence d'asphyxie. Une saignée s'impose pour libérer les poumons envahis par l'œdème et soulager le cœur. Elle est faite de 600 grammes, en deux temps pour éviter la syncope mortelle. Nous injectons de plus une demi ampoule d'ouabaine dans la veine. La situation est des plus graves, et on a l'impression très nette que la vie va s'éteindre dans

ce petit corps. Les heures qui suivent amènent une amélioration respiratoire. Le lendemain matin, après une nuit où la garde craignit à chaque instant une issue fatale, nous trouvons l'enfant soulagé au point de vue cardio-pulmonaire, mais dans un état de faiblesse extrême, d'une pâleur mortelle. L'oligurie persiste ainsi que l'albuminurie en masse. La situation est désespérée : il faut pourtant agir. Nous insistons alors, en souvenir des faits analogues déjà observés, pour nourrir l'enfant malgré le blocage rénal. Nous faisons rapidement du bouillon de viande ; l'enfant en absorbe péniblement plusieurs tasses. La transformation de l'état général et de la mine se fait alors presque instantanément. La figure et les lèvres se colorent. Le lendemain survient une décharge urinaire et, chose stupéfiante, l'albuminurie massive disparaît. Nous donnons alors de la viande et du chocolat cuits à l'eau. La résurrection est opérée et depuis ce moment, l'enfant est rétabli et reste guéri. Les jours suivants, urines abondantes, traces seulement d'albumine qui disparurent d'ailleurs peu à peu, état général parfait. Plusieurs mois de suite, des examens répétés portant sur les urines et sur le sang (dosage de l'urée) montrèrent le bon fonctionnement rénal.

Nous avons l'impression clinique très nette que si nous nous étions entêté à tenir la diète liquide, l'enfant serait mort. Et c'est, en somme, par une sorte d'hérésie médicale classique, bouillon de viande donné à un néphrétique en pleine anurie, qu'il a été sauvé. Nous sommes alors amenés à penser et d'autres observations viennent fortifier cette manière de juger, que les accidents graves observés au cours de cette néphrite aiguë scarlatineuse sont peut être plus liés à des phénomènes de dénutrition, d'autophagie et d'auto-intoxication massive que causés directement par le streptocoque. Le dia-

gnostic de néphrite scarlatineuse fût d'ailleurs confirmé par l'atteinte de trois autres membres de la famille : une jeune fille présenta, en particulier, une éruption de scarlatine remarquablement typique. »

Cette observation tout à fait typique ne manque pas d'impressionner par la remarquable action des aliments sur ce syndrome toxique d'une gravité indiscutable. Elle a presque la valeur d'une expérience et il n'y manque que la contre-épreuve humainement impossible à faire en clinique. L'auteur suggère à la suite de cette observation que les syndromes malins pourraient bien dans certains cas être dûs à l'inanition et de l'autophagie consécutive. Tous les médecins connaissent cette aggravation brusque survenue quelques jours après le début d'une infection, comme une angine, une typhoïde, une scarlatine ou une diphtérie. La pâleur, les yeux cernés, le pouls petit et rapide attirent immédiatement l'attention. Il semble évidemment paradoxale de donner à manger dans ces cas, mais que savons-nous de la pathogénie de ces syndromes malins ? Pour les uns, c'est de l'insuffisance surrénale, pour les autres c'est l'affaiblissement du myocarde, pour les troisièmes l'intoxication du bulbe, pour les quatrièmes un blocage du rein. Au milieu de ces interprétations pourquoi ne pas en accepter une qui semble se confirmer cliniquement. M. J. Chauveau rappelle à ce propos un aphorisme d'Hippocrate : « Si, après avoir passé par une période d'abstinence complète, on se mettait ensuite à un régime sévère pour l'observer ensuite jusqu'à ce que la maladie fût parfaitement jugée, il est certain alors que de nombreux malades mourraient communément de dénutrition à moins que la maladie ne fût brève... Or, je ne crois pas que les médecins fassent assez attention de ce qu'ils ont à craindre dans ces cas

de faiblesse, provenant de la vacuité des vaisseaux. Certes, la maladie s'aggrave si, tandis que la faiblesse est occasionnée par la violence du mal, on lui donne de la purée, des aliments solides croyant que la faiblesse provient de la vacuité des vaisseaux ; mais on n'est pas excusable, d'autre part, de méconnaître les cas où la faiblesse provient de l'inanition et d'exténuer alors le malade par un régime sévère. Les deux erreurs sont dangereuses, la seconde l'est même plus que la première ».

L'observation que nous apportons ici appartient à la même série. Elle nous montre, en outre, un fait remarquable au point de vue diététique l'importance de donner des aliments relativement complets au malade. Il ne s'agit pas d'une déshydratation, ni d'une modification osmotique des humeurs puisque le sérum glucosé physiologique ou hypertonique reste sans effet. Nous n'insistons pas sur l'interprétation de notre observation, elle s'explique de la même façon que celle de M. J. Chauveau. Nous voudrions seulement montrer un fait d'ordre pratique, c'est la difficulté de fixer les indications diététiques dans une maladie infectieuse, difficulté que semble déjà avoir éprouvé Hippocrate. Peut-on fixer des règles ? Nous ne croyons pas. C'est là encore un de ces cas où le fameux « sens clinique » sans lequel il n'y a pas de bon médecin, intervient. Cependant, d'une façon générale, il ne faut pas appliquer la diète stricte pendant plus de huit jours chez l'adulte. Chez l'enfant, cette limite doit être reculée proportionnellement à son âge. La reprise de l'alimentation doit être considérée, en outre, comme un remède héroïque des syndromes malins.

OBSERVATION N° 1

Bronchopneumonie grippale et reprise alimentaire précoce

M. L..., âgé de 45 ans, comptable, nous est amené à l'Hôpital le 6 octobre 1930 avec un état infectieux assez intense : inappétence, malaises, fatigue, température à 39°2 ; pouls à 110. Le début semble être brusque avec quelques frissons, de la diarrhée, mais le malade accuse une fatigue inaccoutumée depuis quelques jours. Il n'y a aucun signe fonctionnel respiratoire, la petite toux qu'accuse le malade est habituelle dans la saison froide. Le malade a été gazé pendant la guerre. L'examen somatique montre peu de choses. Au poumon : quelques ronchus et sibilances très rares et disséminés. Le cœur est rapide, mais sans arythmie, sans souffle. La tension artérielle est 14-8 au Pachon. Le foie est un peu augmenté de volume, pas douloureux. Les urines sont claires abondantes, sans albumine et sans sucre. Devant ce tableau, nous faisons le diagnostic d'état grippal sans localisation. Le traitement consiste en repos au lit, diète lactée, 2 grammes de salicylate de soude que nous avons l'habitude de donner dans ces cas. Pour soutenir le cœur, nous prescrivons, en outre, V gouttes de digitaline par jour.

Le lendemain, 7 octobre, l'état du malade semble s'aggraver légèrement. La veille au soir, la température était montée à 40° 1 et le malade était agité. Le jour suivant, la température reste aux environs de 39°5, le pouls est rapide, le faciès vultueux, la langue sèche. La petite toux persiste sans s'accentuer. Il n'y a pas de point de côté, mais le malade accuse une douleur sourde à la base droite. L'examen montre à ce niveau une submatité avec diminution des vibrations vocales. L'auscultation permet d'entendre à la partie externe

et postérieure de la base droite un petit foyer de râles fins s'entendant à la fin de l'inspiration. Il ne fait pas de doute, il s'agit d'un foyer pneumonique. Nous ajoutons au traitement institué la veille des enveloppements sinapisés deux fois par jour et 15 cc. d'huile camphrée.

Les jours suivants (8, 9, 10, 11 octobre) le malade se présente tout à fait comme un pneumonique. Sa température reste entre 39°5 et 40°, son faciès est vultueux. Le foyer de la base droite se précise de plus en plus sans cependant s'accompagner d'une dyspnée et d'une douleur notables. Le 11 octobre au soir la température baisse subitement à 38°3 sans que l'état général du malade se modifie notablement. Le lendemain cependant les urines dont le volume variait jusque-là entre 800 et 1.000 cc. deviennent abondantes, 1.600 cc. Cette crise prématurée nous semblant suspecte, nous maintenons la thérapeutique suivie jusque-là. En effet, le soir, la température remonte à 40°4, le malade se plaint d'une oppression violente, il est légèrement cyanosé, son pouls est à 140. Les deux poumons sont remplis de râles sonores. Le foyer pneumonique préexistant ne s'est pas modifié. La tension artérielle est à 12-7. Nous faisons faire une injection sous-cutanée de caféine et de l'huile camphrée étherée. La dyspnée se calme un peu.

Le 12 octobre quand nous revoyons le malade dans la matinée, il semble moins oppressé. Il tousse un peu, crache à peine, mais ses crachats sont rosés visqueux. L'examen thoracique montre une bouffée de râles à la base gauche où le malade va refaire un nouveau foyer. Journée relativement calme. On maintient la thérapeutique jusque-là suivie. Malgré une température à 39°8 le malade réclame à manger qu'on lui refuse catégoriquement.

Le 13 et le 14 octobre, même état, seulement le foyer de la base droite commence à s'atténuer.

Le 15 octobre, après une nuit agitée, le malade se plaint de lassitude, de bourdonnement d'oreilles et de nausées. Après quelques efforts, il arrive à rendre quelques vomissements biliaires. Son faciès est changé depuis la veille. Il est pâle, les traits sont tirés, les yeux enfoncés dans l'orbite. La température a baissé à 38°6, le pouls est très rapide et irrégulier, la tension artérielle 8-5. Devant ce syndrome assez alarmant, nous décidons de faire 20 cc. de sérum glucosé hypertonique dans la veine et installer un goutte-à-goutte rectal. Nous faisons en même temps que le sérum un quart de milligramme d'Ouabaine intraveineuse. Le pouls se régularise et se ralentit un peu, mais très passagèrement. Dans la soirée, l'état du malade s'aggrave encore, le taux des urines diminue et il y a un peu d'albumine. Comme le malade, malgré cet état grave, réclame à manger, nous cédons à son désir, beaucoup moins dans l'espoir d'améliorer son état, que pour satisfaire un moribond. On lui donne un potage léger, une aile de poulet, un œuf à la coque et une mandarine. Le lendemain, nous revoyons le malade en bien meilleur état. Comme nous n'attribuons pas son amélioration à une reprise de l'alimentation, nous voulons remettre le malade au régime lacté, mais celui-ci y oppose une telle résistance qu'il nous est impossible de le lui faire accepter.

Dans les jours suivants, le malade continue donc de s'alimenter presque normalement. D'une façon pour nous inexpliquable, son état général s'améliore rapidement. Le 18 octobre, il est apyrétique, les foyers pulmonaires ont presque complètement disparu. Le 21 octobre, le malade se lève guéri.

II. — La diététique des insuffisances cardiaques

Si l'attitude est difficile à choisir dans l'alimentation des infectés, elle est encore plus délicate à définir pour celle des cardiaques. Nous allons d'ailleurs simplifier la question en n'envisageant que l'alimentation des malades en pleine décompensation cardiaque. Là encore, il y a autant de diététiques que de malades selon leur degré de décompensation, selon leur mode de vie, leur corpulence, la cause de l'insuffisance cardiaque, etc...

Nous voudrions insister sur deux points, tout d'abord sur ce que M. Lœper appelle le substratum chimique de la défaillance du cœur, puis sur l'opportunité de réduire le chiffre de la tension artérielle chez les hypertendus.

Les travaux récents de M. Lœper et de ses collaborateurs jettent des bases scientifiques de la diététique des cardiaques. Ils montrent que le seul but de cette diététique n'est pas de diminuer la masse sanguine et de désintoxiquer l'organisme, mais qu'elle doit tenir compte des besoins nutritifs du cœur dont elle combat la défaillance. Nous ne voulons pas entrer ici dans les détails chimiques de ce travail, voulant rester sur un terrain avant tout pratique. Il nous est néanmoins indispensable de montrer quelles sont les substances chimiques simples dont le myocarde a besoin pour son bon fonctionnement. On sait depuis 1901 que le glucose ajouté au liquide de Ringer permet une survie beaucoup plus prolongée au cœur isolé de mammifère (Locke). Depuis ce temps, Locke et Rosenheim, J. Muller ont mesuré le besoin

exact du cœur en hydrates de carbone et l'ont trouvé relativement considérable. M. Lœper et ses collaborateurs ont montré, en outre, la haute teneur du muscle cardiaque en glycogène.

Les éléments minéraux ne sont pas moins indispensables. On sait que le calcium est un élément indispensable au fonctionnement du myocarde. Quant aux substances azotées, il n'est pas douteux qu'une dose convenable d'urée a une action favorable sur le cœur (Lambert).

On bannissait souvent les lipoïdes du régime des cardiaques athéromateux sous prétexte d'une action pathogène de la cholestérine sur les artères. Il semble aujourd'hui, au contraire, d'après les recherches de Clarke, Lœvi, Laurow et Voronzow, Clarke et Danilewski, Lœper, Tonnet et Mlle Lebert que les lipoïdes : lécithine et cholestérine favorisent considérablement le fonctionnement du myocarde.

Voici les faits expérimentaux en ce qui concerne les besoins alimentaires du cœur. Quant aux régimes sévères appliqués aux hypertendus, il nous semble qu'il repose en partie tout au moins sur une mauvaise compréhension des dangers que présente cette maladie. Nous laissons de côté les hypertensions paroxystiques ou celles qui présentent des accès de grosse hypertension greffés sur un fond permanent. La plupart des hypertendus ne sont en danger que par l'insuffisance cardiaque qui surviendra tôt ou tard. Le médecin ne devra-t-il pas retarder le plus possible cette échéance ? Qu'on nous permette une comparaison à ce propos. L'hypertension permanente présente des ressemblances frappantes avec le diabète. Nous savons actuellement que le vrai danger du diabète n'est pas dans la glycosurie et dans le taux élevé de la glycémie, mais dans les accidents d'acidose. Ces der-

niers peuvent précisément être provoqués par un excès de régime. Tout à fait de la même façon, un excès de restriction alimentaire peut provoquer chez l'hypertendu un affaiblissement progressif du myocarde qui hâtera l'évolution de la maladie vers l'asystolie. M. Mougeot, dans un article récent déclare que « le sujet hypertendu ou aortique avec bonne compensation du myocarde se trouve mal du régime végétarien, déchloruré et carencé en graisses. » Il est évident que le gros inconvénient du régime végétarien est d'encombrer le tube digestif de produits végétaux, dont le déchet est infiniment plus grand que celui des produits animaux. On ne voit donc pas l'avantage de ce régime pour les cardiaques. Quant à la déchloruration, nous reviendrons sur les inconvénients de son application systématique. D'une façon générale, faut-il se réjouir outre mesure quand nous voyons sous l'influence du repos et de la diététique la tension artérielle baisser chez un hypertendu ? Nous estimons qu'il y a lieu d'être très prudent à ce sujet. Chez un hypertendu permanent, le système circulatoire est pour ainsi dire habitué à un certain régime tensionnel. On pourrait dire d'une façon finaliste que l'hypertension est souvent un processus de défense contre une opposition périphérique exagérée. Or, si par un régime débilitant pour le cœur, nous arrivons à faire baisser la pression artérielle, nous ne pensons pas rendre service au malade. Il y a peut-être de l'exagération dans ce que nous venons de dire. Nous ne voulons d'ailleurs pas généraliser cette conception. Il est parfois nécessaire de combattre les processus naturels de défense de l'organisme, car ils dépassent bien souvent leur but. Mais la thérapeutique dirigée contre l'hypertension, comme la médication antipyrétique, antivomitive ou antidiarrhéique doit être très prudente. Pour revenir à ce

que nous avons dit plus haut à propos des ressemblances de l'hypertension artérielle et le diabète, il nous semble que leur diététique doit s'inspirer des mêmes principes. Une réduction excessive du sucre alimentaire comme un abaissement exagéré de la tension artérielle peuvent être désastreux pour le malade. Ceci ne veut pas dire que ces deux buts doivent être négligés. Mais il est nécessaire de reconnaître que la glycosurie, comme l'élévation de la tension artérielle, sont beaucoup plus des éléments du diagnostic dans ces deux maladies que des facteurs de pronostic. Dans notre observation, nous espérons montrer qu'un chiffre relativement élevé de la tension artérielle est une sorte de garantie contre la défaillance cardiaque et que la diététique des cardiaques inspirée des notions modernes doit avant tout augmenter la résistance du myocarde.

OBSERVATION N° 2

Hypertension artérielle de la ménopause avec défaillance cardiaque

Mme B..., 51 ans, nous est amenée à l'hôpital de Lagny, le 22 juillet 1930 se plaignant de dyspnée continue avec paroxysmes nocturnes. La malade se sait « cardiaque » depuis quatre ans. Les accidents dyspnéiques nocturnes ont apparu il y a six mois environ et ont revêtu l'aspect de crises asthmatiformes. La malade se plaint d'une oppression continue extrêmement gênante surtout en position horizontale. Parfois, après une fatigue souvent minime, elle éprouve une douleur précordiale avec légère irradiation à l'épaule gauche.

L'examen de notre malade montre les signes suivants : cœur rapide avec extrasystoles assez fréquentes, petit souf-

fle diastolique à la base, extrêmement variable, remplacé parfois par un éclat du deuxième bruit. Au poumon, râles humides aux deux bases avec submatité. La ponction exploratrice pratiquée des deux côtés reste blanche. La tension artérielle à 17-14 au Pachon. Le foie est augmenté de volume, un peu douloureux. Les urines sont peu abondantes, mais sans albumine.

L'interrogatoire nous apprend que peu après la suppression des règles la malade s'est aperçue de palpitations, de bourdonnements d'oreilles et de céphalée. Un médecin consulté à cette époque-là lui trouve une tension artérielle élevée : 26 (?) au dire de la malade. Il lui fait suivre un régime sévère lacto-végétarien pendant plus de deux ans. La malade aurait suivi très exactement les prescriptions du médecin, car elle s'en est très bien trouvée, tous les petits troubles du début ayant rapidement disparu. Il y a un an, elle éprouve pour la première fois des douleurs précordiales de caractère très angoissant. Elle consulte un autre médecin qui lui fait suivre une petite cure toni-cardiaque et redouble la sévérité du régime. Malgré cette sévérité l'état de la malade ne s'améliore que d'une façon passagère et bientôt la dyspnée devient intense avec des paroxysmes.

En présence de ce tableau, nous faisons le diagnostic de défaillance cardiaque chez une ancienne hypertendue et instituons avant tout un traitement tonicardiaque. Grande purge, régime lacté et digitaline, trois fois X gouttes et quatre fois V gouttes. Au bout de huit jours, la malade va mieux. Son oppression a disparu, ses urines sont abondantes. On lui donne un régime lacto-végétarien et un gramme de Thébromine pendant quatre jours. La tension artérielle est légèrement remontée : 18-14.

Le 3 Août, les signes de dyspnée réapparaissent, ne voulant pas recommencer la digitaline aussitôt, nous décidons de faire quelques piqûres intraveineuses d'Ouabaine. Le 5 août dans la nuit, la malade fait une crise de pseudo-asthme. Se souvenant alors des travaux de M. Lœper, nous instituons un régime comprenant des œufs, une cervelle, 25 grammes de sirop de glucose et même de la viande blanche. La malade véritablement affamée accepte ce régime avec enthousiasme. Nous maintenons l'Ouabaine intraveineuse. A partir de ce jour, la défaillance cardiaque a diminué progressivement. Non seulement la dyspnée a disparu, mais le cœur se ralentit, se régularise et la tension artérielle monte quant au maxima à 21, la minima reste à 14. La malade revue périodiquement va bien au mois d'octobre.

III. -- La diététique des néphrétiques

C'est incontestablement le chapitre de la diététique qui est en ce moment en train de subir le remaniement le plus complet. C'est également celui où nos connaissances sont les plus avancées. Depuis la fin du siècle dernier, quand Widal a vulgarisé et appliqué à la médecine pratique la déchloruration et la notion de l'urée sanguine, nos connaissances ont fait beaucoup de progrès, mais en s'enrichissant souvent de notions contradictoires. Depuis Widal, on distingue dans les néphrites chroniques au moins deux syndromes : la chlorurémie et l'azotémie. Au point de vue diététique, ces deux syndromes obéissent à des principes différents. Comme en réalité pratiquement ils ne sont presque jamais isolés, il importait de trouver le lien qui les réunissait. Or, les travaux de L. Blum et de M. Rathéry montrent la corrélation entre chlorures et urée du sang. Nous montrerons d'abord l'importance de cette notion au point de vue pratique ; elle nous permet dans certains cas devant une élévation rapide du taux de l'urée sanguine d'en deviner la cause et d'y remédier. Notre observation en montre précisément un exemple pris au hasard parmi de très nombreux que nous avons observés.

Les premières observations publiées à ce sujet sont celles de L. Blum. Dans un cas, il s'agissait d'une fille de 16 ans, atteinte de néphrite à gros rein blanc avec lésions glomérulaires et épithéliales. La mort est survenue par anurie après une évolution aiguë. Chez cette malade le taux de l'urée

sanguine avait dépassé 8 grammes alors que celui des chlorures du sang allait en diminuant jusqu'à 2,24 (au lieu du taux normal de 3,60). La diminution des chlorures était évidente dans les globules rouges et dans les tissus, témoignant d'une disparition de la chloropexie tissulaire.

La deuxième observation de Blum concerne une femme de 30 ans atteinte de néphrite subaiguë se manifestant par un tableau clinique d'emblée impressionnant : convulsions et vomissements. L'azotémie montant jusqu'à 4,85, le chlore plasmatique étant à 2,56 on administre au malade du sel. On constate alors que le chlore plasmatique revient à 3,70 et que l'azotémie revient progressivement à la normale. L'état de la malade s'améliore rapidement.

L'observation de MM. Rathery et Rudolf concerne un malade atteint de troubles gastriques avec azotémie cédant rapidement à l'administration de chlorures. Ces auteurs montrent dans cette observation les abus de restrictions chlorurées : « Si chez les sujets en rétention chlorurée la médication déchlorurée est de mise, il n'en saurait être de même chez d'autres patients. On constate souvent des signes d'asthénie et d'anorexie chez certains malades traités abusivement par la privation de NaCl ; il suffit de leur en redonner une certaine quantité dans leur ration pour voir ces signes disparaître. »

Depuis les premières observations des auteurs précités, de très nombreuses autres ont été publiées par M. Achard, MM. Bernard, Laudat, Maisler, etc... Les faits cliniques semblent suffisamment nombreux pour qu'on puisse considérer la question de la chloropénie comme acquise tout au moins pour un certain nombre de cas. Quant à la fréquence respective des deux sortes d'azotémies : par manque de sel et par

rétention rénale d'urée, la discussion reste ouverte. Cliniquement, il ne semble pas y avoir de signes distinctifs bien nets. Il semble que l'anémie et l'hypertension artérielle fassent assez souvent défaut dans les azotémies par hypochlorémie, mais sans qu'on puisse ériger ce fait en règle. Il n'y a guère que le dosage des chlorures dans le sang qui puisse nous renseigner exactement sur la nature d'une azotémie. Nous ne pouvons nous engager ici dans les discussions pathogéniques qui ont permis à L. Blum et ses collaborateurs à opposer point par point les deux azotémies et qui ont rencontré une vive opposition. En restant sur le terrain pratique, nous pourrons dire avec MM. L. Blum, Van Caulaërt et Grabar que les indications de la rechloruration se bornent à certaines formes de néphrites sèches avec azotémie et avec un abaissement du chlore plasmatique au-dessous de 2 gr. 80.

Il est incontestable que le dosage du chlore permet d'avoir une certitude et d'autre part de contrôler la marche de la réchloruration, mais il a l'inconvenient de ne pas pouvoir être pratiqué facilement et surtout dans les conditions où nous nous trouvions. Nous avons néanmoins pensé qu'il était de notre devoir d'essayer la réchloruration chez tous les azotémiques qui ne réagissaient pas à la privation de substances azotées. Nous avons pu ainsi trouver relativement un grand nombre de sujets dont l'azotémie a baissé sous l'influence de ce régime. En donnant le sel par la bouche et toujours en petite quantité jusqu'à ce que l'urée sanguine redevienne normale, nous n'avons jamais observé d'accidents. Il nous semble donc qu'en dehors des règles fixées par L. Blum, on doit essayer la réchloruration dans tous les cas d'azotémie rebelle en allant

par tâtonnement et sous le contrôle de dosages d'urée répétés.

Une autre question de la diététique des néphrétiques est le régime hyperalbumineux dans certaines néphrites hydropigènes de la catégorie des néphroses lipoïdiques. Nous ne pourrons néanmoins pas y insister beaucoup, car la question semble extrêmement controversée actuellement et n'en ayant pas une expérience personnelle, il nous est impossible de verser utilement dans le débat. Le principe de la méthode est d'Epstein (de Chicago) qui considère l'albuminurie et les œdèmes comme les conséquences d'un trouble de la fixation des albumines. Il conseille donc d'alimenter les malades avec une ration d'albumine double ou triple de la normale (Normalement, on doit donner un gramme d'albumine par jour et par kilo du corps). L'application de cette méthode a donné des résultats excessivement variables selon les auteurs. En France, M. Ribadeau-Dumas et MM. Faure-Beaulieu et Thoyer ont enregistré quelques succès de cette diététique. D'autres auteurs, par contre, ont rencontré, non seulement des échecs, mais des aggravations.

Nous n'insistons donc pas. En diététique, comme dans toutes les branches de la thérapeutique, une méthode doit subir l'épreuve des temps avant d'être unanimement acceptée. La plupart des erreurs proviennent de la généralisation excessive d'un procédé. Ceux qui vont renouveler l'ancienne diététique ne doivent pas tomber dans l'excès qu'ils combattent. Toute méthode doit être réservée pour un nombre de cas relativement restreint. Le tout est de savoir fixer les indications avec une assez grande précision.

OBSERVATION N° 3

Néphrite azotémique améliorée par la réchloruration

M. N..., journalier, 42 ans, nous est amené à l'Hôpital de Lagny, le 15 juin 1930 avec un mauvais état général : inappétence, vomissements, diarrhée, amaigrissement depuis une quinzaine de jours. Le début des accidents a été progressif et rien dans les antécédents ne permet d'orienter le diagnostic. L'examen de ce malade montre peu de choses. L'amaigrissement est intense, la pâleur témoigne d'une anémie assez marquée. Rien au niveau des poumons, rien au niveau du cœur, sauf une tachycardie assez prononcée. Le pouls est assez mou, la tension artérielle est de 13-8. Les urines sont peu abondantes : 700 grammes par vingt-quatre heures, avec une trace d'albumine. Le foie et la rate sont normaux. Pas d'œdème aux membres inférieurs. Nous pratiquons le lendemain un examen radioscopique de l'estomac croyant d'abord avoir affaire à un cancer de l'estomac. Cet examen ne décèle rien d'anormal. Un dosage d'urée enfin nous apporte la clef du diagnostic : 1 gr. 20 d'urée dans le sang. Nous pratiquons une saignée qui améliore le malade passagèrement. Nous le mettons au régime sans azote, d'abord au lait coupé de moitié d'eau, puis du lait à concentration normale. L'amélioration du début ne s'est pas maintenu et le 18 juin nous craignons la survenue d'un coma. En effet, le malade est somnolent, il pousse des gémissements, son pouls est petit, très rapide, sa température est à 36°8. Le dosage d'urée pratiqué à ce moment-là montre 1 gr. 86 d'urée dans le sang. Nous instituons au hasard un régime hyperchloruré. Nous administrons au malade, par la bouche, 5 grammes de sel

par paquets. Le sel est assez difficilement accepté, mais le malade sort le jour même de sa torpeur.

Les jours suivants, on continue le même traitement en face de cette amélioration subjective. Le 23 juin, on refait un dosage d'urée qui montre un abaissement net au niveau de 0 gr. 90. Les urines deviennent plus abondantes, les vomissements cessent et l'appétit semble revenir. Le 25 juin, on cesse l'administration de sel après en avoir donné pendant 7 jours 50 grammes. On met le malade à un régime léger avec viande deux fois par semaine. On ne le prive pas de sel. Le 1er juillet, on fait un dernier dosage d'urée qui montre un taux de 0 gr. 60. Malgré notre interdiction, le malade se sentant amélioré, quitte l'hôpital le 3 juillet. Nous n'avons plus eu l'occasion de le revoir.

Conclusions

1° Il semble actuellement que la diététique classique avait généralisé un certain nombre de notions qui n'étaient vraies que pour un nombre restreint de cas. Il se fait actuellement des travaux qui, sans détruire les notions classiquement établies, spécifient les indications et sérient les cas.

2° Les maladies infectieuses fébriles dont la durée dépasse une dizaine de jours, ne doivent être traitées pendant toute leur évolution par des régimes sévères. Les observations cliniques semblent montrer que l'inanition au cours des maladies infectieuses peut donner lieu à des accidents redoutables. Ces accidents peuvent être combattus par la reprise précoce de l'alimentation.

3° La défaillance cardiaque peut dans certains cas avoir un substratum chimique. La diététique des insuffisances cardiaques doit donc tenir compte des besoins alimentaires du cœur. En ne tenant pas compte de ce facteur, on arrive surtout dans certains cas d'hypertension artérielle à déterminer la décompensation par un régime trop sévère.

4° L'azotémie par manque de sel semble assez répandue. Il nous semble qu'on peut tenter la rechloruration sans danger dans tous les cas où l'azotémie résiste au régime désalbuminé, à condition qu'il n'y ait pas d'œdèmes.

Vu, le Doyen : *Vu, le Président :*

V. BALTHAZARD. CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

ACHARD. — Néphrite avec hypochlorurémie traitée par la chloruration. Soc. Méd. Hôp., 1930, p. 28.

BLUM, VAN CAULAERT et GRABAT. — *Presse Médicale*, 1er mai 1929.

BLUM. — L'azotémie par manque de sel. Soc. Méd. Hôp., 24 janvier 1930.

BERNARD, LAUDAT et MAISLER. — Soc. Méd. Hôp., 20 décembre 1929.

BRUGSCH. — Deutsche Méd. Woch, 7 septembre 1928.

J. CHAUVEAU. — Histoire clinique et traitement d'une néphrite aiguë scarlatineuse. *La Semaine des Hôp. de Paris*, 1929, p. 633.

CLARKE. — *J. of Phys.*, 1913, t. 47, p. 90.

DELAFONTAINE. — Les contre-indications du régime chloruré dans les néphrites. *Paris Méd.*, 7 décembre 1929.

FAURE-BEAULIEU et THOYER. — *J. de Diététique et de Bact.*, 15 novembre 1928.

GARIN et BOUCAUMONT. — *Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1929.

LAVROW et VORONZOW. — Archiv. int. de Pharm., 1912, t. 20, p. 398.

LOCKE. — *Centralbl. f. Physiol.*, 1901, t. 14, p. 670.

LOCKE et ROSENHEIM. — *J. of Phys.*, 1907, t. 36, p. 282.

LŒWI. — *Arch. f. ges. Phys.*, 1918, t. 170, p. 691.

LŒPER, TONNET et LEBERT. — *Soc. Biol.*, 1er février 1930.

LŒPER et LEMAIRE. — Le régime des cardiaques et la nutrition du cœur. *Presse Médicale*, 15 *février* 1930.

MOUGEOT. — Le danger des régimes sévères chez les aortiques hypertendus compensés. *Gaz. Médicale de France*, 15 septembre 1930.

RATHÉRY. — Azotémie et hypochlorémie chez les néphrétiques. Soc. Méd. Hôp., 24 janvier 1930.

Imprimerie « LES PRESSES MODERNES », 45, rue de Maubeuge, Paris
Ateliers de Reims (Marne)